UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 12

DU

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

DANS

L'ÉPITHÉLIOMA DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1922

PAR

Jean PAULET

Né à Béziers (Hérault), le 13 mars 1898

ASSISTANT DU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INSTITUT BOUISSON-BERTRAND

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE CETTE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
GRYNFELTT, professeur
LAPEYRE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand Fabre, 3

1922

DU

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

DANS L'ÉPITHÉLIOMA DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 12

DU

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

DANS

L'ÉPITHÉLIOMA DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Décembre 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jean PAULET

Né à Béziers (Hérault), le 13 mars 1898

ASSISTANT DU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'INSTITUT BOUISSON-BERTRAND

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE CETTE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
GRYNFELTT, professeur
LAPEYRE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen*.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*. ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies des vieillards	N...
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chimie	MM. N...
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchements	DELMAS (P.)
Chirurgie	RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.	Histoire natur.	CABANNES. GALAVIELLE.
		Physique	N...

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, *président*. | MM. LAPEYRE, agrégé.
GRYNFELTT, professeur. | ETIENNE agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE U. PAULET

PHARMACIEN

VICTIME DE SON DÉVOUEMENT PROFESSIONNEL

Toute mon ambition est d'être digne de ce premier Maître vénéré qui me montra l'exemple par le sacrifice de sa vie.

A MA MÈRE

Bonne mère à qui je dois tout, je n'oublierai jamais ce que tu as fait pour moi.

A MA SŒUR

En témoignage de mon affection.

J. PAULET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

J. PAULET.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR AIMES

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ

J. PAULET.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-CHARLES A CETTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-CHARLES A CETTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIRAUDEN

MÉDECIN DE LA MATERNITÉ DE CETTE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

J. PAULET

PREFACE

Avec le travail que nous présentons aujourd'hui, finissent nos études officielles. Nous n'aurons plus désormais nos Maîtres, pour nous encourager et nous diriger. Seule, notre conscience va nous servir de guide dans notre future carrière. C'est avec émotion que nous quittons la Faculté, pensant à notre joie lorsque nous en franchîmes le seuil pour la première fois, nous remémorant nos matinées d'hôpital, les heures passées au laboratoire, et tout naturellement, nous évoquons la figure aimée de nos Maîtres.

Monsieur le professeur Estor, nous nous souviendrons toujours de votre accueil à notre arrivée dans le service de clinique chirurgicale infantile. Votre bonté proverbiale, légendaire n'a jamais été en défaut. Alors que notre stage était déjà fait, nous venions souvent suivre vos leçons cliniques, profitant ainsi de votre remarquable enseignement. Laissez-nous vous en remercier et vous en exprimer toute notre reconnaissance.

Nous avons passé deux années dans le laboratoire de Monsieur le professeur Grynfeltt à l'Institut Bouisson-Bertrand. Là, nous avons fait nos premières armes en Anatomie pathologique. Là, aussi, nous avons examiné les pièces du sujet de notre thèse. Toujours prompt à nous témoigner sa plus affectueuse sympathie, après nous avoir reçu dans son laboratoire en ami, Monsieur le pro-

fesseur Grynfeltt a bien voulu s'intéresser à nos recherches et nous donner l'appui de sa grande autorité scientifique. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

En 1919, nous avons connu, en sa qualité de Médecin-Chef, Monsieur le docteur Aimes dont la bienveillance attira immédiatement notre sympathie. Depuis nos relations devenues très cordiales en ont fait pour nous un véritable ami. C'est lui qui nous a donné les directives et de sages conseils pour notre thèse. Nous tenons à l'en remercier publiquement ici. Les liens d'amitié que nous avons contractés seront, nous en sommes sûr, impérissables.

Pendant notre internat à Cette, Messieurs les docteurs Petit, Ricard et Guirauden ont rivalisé d'amabilité pour nous. Ce sont eux qui nous ont appris la pratique de notre art, chacun dans son service particulier. Nous ne pouvons que les en remercier et les confondre tous trois dans un même sentiment de reconnaissance.

Nous ne voulons pas clore cette courte préface, sans dire à nos camarades d'études, à nos camarades d'internat, combien leur amitié nous a été précieuse. Nous avons vécu dans leur intimité des heures qui compteront parmi les plus heureuses et les plus fertiles de notre vie.

DU

CANCER SECONDAIRE DE L'OMBILIC

DANS

L'ÉPITHÉLIOMA DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

S'il est une question de diagnostic classique, c'est bien celle de la nature des tumeurs ombilicales. Depuis la thèse de Villar qui a fait époque, dans l'étude des tumeurs de l'ombilic et qui reste le mémoire fondamental, de très nombreux travaux ont été consacrés à cette question.

Nous n'avons pas la prétention de faire un travail d'ensemble sur les tumeurs de l'ombilic, nous n'avons pas la compétence nécessaire et, d'autre part, après les nombreuses études récentes qui ont largement étendu la question, l'ampleur du sujet dépasserait le cadre d'une thèse inaugurale. Notre but est plus modeste: notre maître, M. le professeur Estor, ayant observé un cas intéressant de tumeur secondaire de l'ombilic, nous avons eu la bonne fortune d'en étudier les pièces opératoires dans le laboratoire de notre maître M. le professeur Grynfeltt. Nous avons l'intention d'étudier tout spécialement cette obser-

vation qui mérite une description détaillée et nous limiterons notre travail aux tumeurs analogues à celles que nous avons pu observer, c'est-à-dire aux tumeurs de l'ombilic consécutives à des épithéliomas utérins.

Cette question a déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux, car les cliniciens ont insisté de tout temps, sur les symptômes cliniques apparents permettant de découvrir les cancers abdominaux profonds latents. On sait en particulier, combien on attache de l'importance à l'*adénopathie sus-claviculaire* (adénopathie de Troisier). A côté de celle-ci, il convient de placer :

1° *La plaque indurée pré-rectale,* noyau métastatique apparu dans le cul-de-sac de Douglas.

2° Ce que Lejars appelle le « *signe ombilical* » ou le « *froncement induré de l'ombilic* », c'est-à-dire la métastase ombilicale.

C'est à celle-ci que nous limiterons notre étude : « *Il arrive parfois — le fait est peu connu, cependant il est loin de constituer une rareté, comme nous allons le démontrer — que l'ombilic offre un terrain propice aux colonisations cellulaires à distance, qu'une tumeur de la cicatrice ombilicale constitue la première manifestation extérieure d'un carcinome de l'estomac ou de l'intestin* » (Quénu et Longuet).

Lorain (dans la thèse de Catteau, 1876) observa chez une femme atteinte de cancer utérin, une induration squirrheuse de la cicatrice ombilicale, et il compara l'ombilic — au point de vue clinique, s'entend — à « *un véritable ganglion lymphatique* ».

Quénu et Longuet ont pu réunir, en 1876, 48 cas analogues, dans lesquels une métastase ombilicale apparut au cours du développement d'un cancer viscéral profond. Ce sont surtout les cancers du tractus digestif qui sont en

cause dans la plupart des cas. Les métastases du cancer gastrique ont été le point de départ de travaux plus nombreux que pour le cancer utérin. Assez récemment (1911), Ettinger et Marie en ont fait une étude détaillée et une mise au point, à propos d'une observation, mais on conçoit que tous les viscères abdominaux peuvent secondairement se greffer au niveau de la cicatrice ombilicale.

LES TUMEURS DE L'OMBILIC

Nombre d'auteurs ont donné des classifications diverses des tumeurs de l'ombilic. Elles diffèrent toutes, et parfois il existe des divergences notables entre chacune d'elles.

On sait que certaines tumeurs de l'ombilic sont particulières aux enfants, d'autres aux adultes; on pourrait donc, pour les classer, se baser sur l'âge, mais la distinction n'est pas, croyons-nous, suffisamment tranchée et, de plus, il y a des tumeurs qui se présentent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. La hernie ombilicale, par exemple, qui est celle que l'on rencontre le plus fréquemment, est pour preuve qu'une telle classification est loin d'être parfaite.

Une classification vraiment scientifique serait histopathologique, mais elle rapproche des tumeurs, dont le type clinique est par trop différent.

Bien meilleure nous paraît celle qui consiste à diviser en deux grands groupes les tumeurs de l'ombilic: tumeurs bénignes et tumeurs malignes. La distinction est nette, et cependant l'on rencontre parfois, dans la pratique, de sérieuses difficultés pour reconnaître la nature d'une tumeur et la qualifier de bénigne ou de maligne. A tel point que, seul, le microscope peut nous apporter une solution.

Mais, avant tout, nous sommes médecin, et, à ce titre,

nous ne devons pas nous éloigner du terrain clinique; c'est pourquoi nous essaierons de différencier les tumeurs de l'ombilic par leurs caractères cliniques. Nous entendons, par conséquent, par le mot de tumeur, nous placer au point de vue clinique et non anatomo-pathologique, nous réservant de préciser, au besoin, quelques caractères histologiques.

En présence d'une tumeur de l'ombilic, le premier point à rechercher est de savoir si elle est réductible ou non.

A. — La tumeur est réductible. — Il s'agit de *hernie ombilicale*. Les hernies ombilicales sont des tumeurs consécutives à l'issue des viscères abdominaux par l'orifice ombilical; on sait que celui-ci est normalement ouvert chez l'embryon, qu'il est oblitéré, mais distendu chez le nouveau-né. En pratique, on doit donc distinguer:

1° Les *hernies congénitales de la phase embryonnaire*, qui sont des monstruosités;

2° Les *hernies fœtales* (après le quatrième mois de la vie intra-utérine). Il y a ici un sac péritonéal et, en général, l'intestin s'engage dans la base du cordon;

3° Les *hernies des nouveau-nés et des enfants*, les plus fréquentes, qui apparaissent une quinzaine de jours après la naissance;

4° Les *hernies de l'adulte;* caractérisées par l'adhérence du sac à l'anneau; ce n'est donc pas une hernie par glissement.

Le volume de ces hernies est très variable, il peut aller de la grosseur d'une noisette à celle d'une tête d'adulte. Leur contenu est en général formé par de l'épiploon ou de l'intestin, plus rarement par du liquide d'ascite.

Les hernies se reconnaissent à leurs signes propres, que nous n'avons pas à décrire ici.

B. — La tumeur est irréductible. — Hors le cas d'une hernie étranglée, qui se différencie par les symptômes d'étranglement, la tumeur peut être :

a) Fluctuante ou du moins élastique. — Chez le nouveau-né, nous trouvons le *fongus ombilical,* appelé encore *granulome* ou *végétation ombilicale ;* toujours de petit volume, le fongus apparaît peu de jours après la naissance et son appellation indique suffisamment l'aspect spongieux et sanguinolent, quelquefois même purulent (par infection secondaire) de cette tumeur.

Tout au plus pourrait-on les confondre avec un *angiome,* mais ce dernier est rare. Quatre cas seulement en ont été publiés dont deux étaient congénitaux. L'angiome se différencie par sa turgescence et sa coloration.

Chez l'adulte, nous trouvons les *kystes,* variables par leur nature, soit dermoïdes, soit épidermoïdes. Dans ce groupe, nous rangerons les *tumeurs diverticulaires de l'ombilic.* De faible volume, celles-ci ont une grande analogie de structure avec l'intestin. On y trouve, en effet, des tuniques muqueuses et musculaires ainsi que des glandes de Lieberkühn ; en apparence, elles ressemblent à un adénome, mais l'adénome pur est une rareté ; ces formations étant constituées aux dépens de vestiges du canal omphalo-mésentérique, la plupart des auteurs s'accordent pour les différencier des adénomes vrais. Certains les dénomment pseudo-adénomes, d'autres tumeurs diverticulaires. Leur contenu est à peu près liquide, constitué par du mucus épais provenant des glandes intestinales qu'elles contiennent.

Cullen a décrit un certain nombre de tumeurs dans lesquelles il aurait rencontré des glandes présentant tous les caractères des glandes en tire-bouchon de la muqueuse

utérine. Il en déduit que ce sont des débris mulléricns, formant une ectopie véritable de muqueuse utérine. Nous ne voyons pas que cette explication concorde avec les données embryologiques.

Enfin, la partie supérieure de l'ouraque peut devenir kystique.

b) Dure, consistante. — Parmi cette variété, les adénomes sont rares. Villar en avait réuni onze cas, mais Citronblatt dans une étude critique sur ces tumeurs, parue plus récemment (1911) n'en a retenu que cinq cas indiscutables. C'est dire la part très relative que prennent les adénomes dans la pathologie de l'ombilic.

Les *fibromes* sont tout aussi peu importants que les adénomes. Villar en a relevé quatre dans la science, et il en apporte trois observations, soit sept en tout. Le fibrome n'est d'ailleurs presque jamais pur, ce sont surtout des fibro-papillomes. Nous n'avons pu relever qu'un cas de fibro-lipome.

Dans cette catégorie des tumeurs irréductibles dures, nous signalerons simplement pour mémoire le sarcome qui est de beaucoup la moins fréquente. Nous ne retiendrons qu'un seul cas de sarcome indubitable. Les autres cas signalés (Duplay, Potain en France) n'ayant pas été suivis et manquant d'examen cyto-pathologique.

Restent les cancers de l'ombilic primitif et secondaire.

Le *cancer primitif*, à forme végétante, papillomateuse ou à forme ulcéreuse, à bords et à fond durs, ne sera diagnostiqué que par élimination, lorsque l'hypothèse d'une métastase ombilicale sera écartée, ou encore mieux par examen microscopique. Il part de l'épiderme mais on a vu l'épithélium de l'ouraque dégénérer en cancer; cette dernière éventualité est exceptionnelle.

D'une façon générale, on a affaire à un *cancer secondaire,* métastatique. Nous nous y arrêterons un peu plus longuement. Voici comment il se présente : au début, c'est un mamelon dur, un bourgeon violacé minime qui s'étend ensuite, envahissant la cicatrice ombilicale tout entière, faisant corps avec elle ; « *c'est un simple froncement anormal s'accompagnant d'une induration commençante* » (Œttinger et Marie), « *un ombilic dur, rétracté, symétrique* » (Lejars).

A un état plus avancé, l'ombilic saille légèrement avec plusieurs plis étroits et profonds « *fronçant* » la tumeur. La coloration de la peau est normale, ou violacée quelque temps avant l'ulcération. La palpation est indolore et fait sentir une masse indurée à bords mal limités, à laquelle la peau est adhérente (signe de la peau d'orange).

Naturellement, le type cytologique est le même que celui du cancer d'origine.

Nous arrêtons là cette énumération qui nous a paru nécessaire à la compréhension de notre sujet, car elle met à sa place parmi les nombreuses tumeurs ombilicales, le cancer secondaire de l'ombilic. Il nous est possible maintenant d'entreprendre l'étude du cancer de l'ombilic, secondaire à un épithélioma de l'utérus.

HISTORIQUE

Une classification chronologique des travaux parus sur les omphalopathies secondaires ne présenterait, ce nous semble, aucun intérêt, et ne serait que l'établissement d'une liste qui ne démontrerait rien et qui, de plus, aurait le désavantage d'être fort aride. C'est pourquoi, dans ce chapitre, nous avons préféré suivre l'idée ingénieuse de Quénu qui, ayant groupé tous ces travaux, les classe par périodes et se sert comme base, pour caractériser chacune d'elles, de l'état d'esprit des observateurs. Chaque période est ainsi représentée par un certain nombre de documents dont l'idée générale tend vers la même conclusion.

Nous distinguerons donc trois périodes:

1° *Période de simple constatation.* — Les anciens auteurs constatent simplement une tumeur de l'ombilic, mais sans y prêter d'autre attention. A peine est-elle considérée comme un signe tout à fait tardif de généralisation, alors que déjà la preuve d'un cancer primaire n'était plus à faire. Parfois même, c'est une trouvaille d'autopsie. On se contente alors de noter le fait comme une curiosité et on ne voit qu'une simple simultanéité d'un cancer de l'ombilic avec un cancer profond.

Cependant on distingue rapidement deux sortes de faits:

a) Les uns dans lesquels le cancer de l'ombilic existe seul;

b) Les autres, plus fréquents, où le cancer ombilical coexiste avec une autre lésion cancéreuse abdominale, mais on ne saisit pas l'importance de cette relation.

2° *Période clinique.* — La tumeur ombilicale n'est plus considérée comme une localisation ultime, de valeur presque négligeable, tenant une place effacée au milieu de tous les symptômes d'un cancer à la période de généralisation et de cachexie. Le cancer ombilical secondaire, deutéropathique, s'élève à la hauteur d'un symptôme et acquiert une grande valeur séméiologique; car la clinique cherche à en faire un signe dénonciateur d'un néoplasme latent. Aux cas qui se présentèrent alors, les constatations nécropsiques confirmèrent ces données et c'est sur la table d'autopsie que fut vérifiée l'exactitude d'un diagnostic.

A cette période, la question n'a pas encore élargi ses indications, elle n'est pas encore sortie du domaine médical.

3° *Période chirurgicale.* — C'est la période moderne qui a pu se réaliser grâce aux efforts de la chirurgie depuis un demi-siècle. Cette fois, ce n'est plus une simple vérification de diagnostic, c'est un acte thérapeutique que de prendre le bistouri et c'est sur la table d'opération que se livre le combat, l'éternel combat entre le cancer et le chirurgien.

Faire l'exérèse de la tumeur ombilicale, considérée soit comme primitive par erreur, soit comme secondaire, et aller à la recherche de la tumeur originelle, voilà ce que fait le chirurgien. Omphalectomie d'abord, puis attaque du foyer principal en s'adressant à l'hystérectomie to-

tale. Ce n'est pas toujours la conduite à tenir et nous préciserons davantage dans le traitement du cancer secondaire de l'ombilic que nous envisagerons plus loin.

Pour rester dans le cadre de notre étude, si nous notons le signe de l'ombilic seulement dans le cancer utérin, nous voyons qu'en 1864, Storer a observé un cancer de l'ombilic secondaire à un cancer viscéral généralisé. Il y avait atteinte de l'utérus. En 1875, Küster signale un carcinome de l'ovaire, de l'ombilic et du sternum. En 1876 est publié le cas de Lorain et Catteau. En 1885, Nicaise observe une épiploocèle ombilicale cancéreuse consécutive à un cancer de l'utérus. En 1892, nous trouvons le cas de Morris. Goddard, en 1909, décrit deux tumeurs ombilicales de structure utérine qu'il considère comme deux métastases.

La tumeur ombilicale sert alors doublement en clinique: elle peut révéler le cancer latent, au même titre que le ganglion de Troisier, elle peut être révélatrice de la malignité d'une tumeur nettement perceptible. C'est ainsi que, en 1910, Lejars indiquant que la néoplasie secondaire de l'ombilic se voit surtout au cours du carcinome gastrique, mais qu'il peut s'observer au cours de toutes les tumeurs malignes intra-abdominales écrit: « *Toutefois, l'induration ombilicale devient parfois un indice précieux lorsque la nature maligne de la grosse tumeur abdominale reste douteuse; chez une femme qui portait un volumineux fibrome à lobes multiples et de mobilité parfaite, semblait-il, pareille constatation me permit de conclure à la dégénérescence maligne qui ne tarda pas à se confirmer* ».

Il serait facile d'allonger cette liste d'observations ; celles que nous rapportons prouvent suffisamment l'intérêt qui s'attache à cette question. Les anciens auteurs,

Damaschino, Villar avaient été frappés du nombre de sujets du sexe féminin qui présentaient une tumeur secondaire de l'ombilic, les femmes étant atteintes dans la proportion de 70 pour cent environ. A tel point que Damaschino émit l'idée que le cancer secondaire de l'ombilic était souvent consécutif à un cancer de l'utérus ou de l'ovaire. Quénu et Longuet, par leur statistique montrèrent qu'il n'en est rien: « Rien n'est moins fondé, disent ces auteurs en parlant de cette hypothèse de Damaschino et nous sommes en mesure de prouver que l'appareil utéro-ovarien, envisagé comme source première des cancers ombilicaux est loin de tenir la première place. Par ordre de fréquence, il vient en troisième ligne, bien loin derrière le tube digestif. Dans notre statistique, le cancer primitif du tube gastro-intestinal figure dans l'énorme proportion de dix-neuf fois sur trente-six cas dans lesquels le siège primitif a été vérifié avec quelque précision. En d'autres termes, *la moitié des cancers secondaires de l'ombilic ont leur point de départ dans cette portion de la muqueuse digestive qui s'étend du cardia au rectum,* celui-ci non compris.

Nous arrivons donc à cette conclusion que le cancer secondaire de l'ombilic ne reconnaît guère que deux sources premières: tantôt (cela survient dans deux tiers des cas) l'estomac ou l'intestin; tantôt (dans un tiers des cas), l'utérus ou les annexes. C'est donc autour de ces deux ordres de viscères, estomac ou intestin, ou bien utérus et ovaires, que devront être dirigées immédiatement toutes les investigations destinées à déceler le véritable siège premier du cancer. Si l'exploration de l'utérus et des annexes donne généralement des renseignements suffisamment exacts lorsque ces organes sont dégénérés primitivement, il n'en est pas de même du tube

gastro-intestinal dont les néoplasmes affectent souvent la forme latente. C'est dire que dans l'espèce, le moindre trouble digestif, même banal (nausées, inappétence, alternatives de constipation et de diarrhée) acquiert, à défaut des signes de certitude (tels que melæna, hématémèse, accès d'obstruction intestinale, constatation d'une tumeur abdominale sur le trajet du tube digestif) une valeur inusitée. Ce trouble banal, coexistant avec une induration néoplasique de l'ombilic est suffisant pour mettre sur la voie de la localisation première ».

LES METASTASES DU CANCER DE L'UTERUS

Théoriquement et d'après le peu que nous savons sur le cancer, il n'y a, à peu près, aucun endroit du corps qui ne puisse être le siège d'une métastase. Cependant il en est que l'on rencontre plus fréquemment que d'autres. Pour rester fidèle à notre sujet, nous ne nous occuperons ici que des métastases du cancer utérin.

Les localisations. — Le cancer utérin se propage soit par continuité, soit par infiltration au loin, en suivant les voies lymphatique ou sanguine. C'est là une notion classique.

Nous ne parlerons pas de la propagation par continuité c'est l'essence même du processus néoplasique, c'est son extension par la prolifération cellulaire active et désordonnée qui le caractérise, par l' « *infiltrierendes Wachstum* » des Allemands.

Les organes ou les tissus les plus fréquemment atteints sont: les ganglions intra-abdominaux, le tissu cellulaire du petit bassin, qui devient épaissi et lardacé, le tissu conjonctif des ligaments larges, les nerfs du plexus sacré (ce qui est la cause des douleurs atroces éprouvées par les malades), les uretères dont la compression peut amener une hydronéphrose ou de l'anurie, les vaisseaux hypogastriques qui parfois se thrombosent. Plus rarement, la ves-

sie, le rectum, le vagin peuvent s'ulcérer et se perforer, donnant lieu ainsi à des fistules.

La peau est quelquefois le siège de métastases et celles-ci peuvent se produire en n'importe quel point, à la période de généralisation. Toutefois, les métastases dorsales et thoraciques sont d'une extrême rareté et c'est surtout l'abdomen, en particulier la cicatrice ombilicale qui entre le plus souvent en ligne de compte dans ces métastases cutanées.

Le mécanisme. — Comment se font les métastases, par quel mécanisme se produisent-elles?

Dans les cas les plus communs, les plus banaux, la propagation se fait par voie lymphatique. Les cellules cancéreuses prolifèrent dans les troncs lymphatiques provoquent de la lymphangite, puis de l'adénopathie et cela, soit dans le sens du courant lymphatique (envahissement des ganglions du petit bassin, par exemple), soit dans le sens rétrograde, cette voie étant favorisée par la stase produite au niveau de la tumeur (métastase vaginale, par exemple).

La voie sanguine est moins importante. Les tuniques des veines sont envahies, détruites par les cellules néoplasiques qui, faisant saillie à l'intérieur des vaisseaux provoquent l'embolus cancéreux. La preuve de ce mécanisme en est fournie par l'existence d'une *phlegmatia alba dolens*. Les artères, au contraire, réagissent par un épaississement des éléments conjonctifs et élastiques de leur paroi et ne peuvent servir à propager la néoplasie que lorsque les chaînes ganglionnaires étant envahies, un nouvel embolus déversé par le canal thoracique se trouve emporté dans la circulation générale. Ici, c'est le stade de généralisation, c'est la période ultime du cancer.

Etudions dans le cas de cancer secondaire de l'ombilic, la voie de propagation.

a) *Envahissement de proche en proche.* — La contamination de l'ombilic se fait, en général par sa face postérieure, l'envahissement des tissus se faisant de la profondeur vers la périphérie. Plus rarement l'ombilic est atteint par son bord. Dans les deux cas, il se forme presque toujours des adhérences entre le feuillet péritonéal qui recouvre sa face postérieure et le feuillet péritonéal de l'organe primitivement atteint. Remarquons que la propagation se fait alors au moyen des adhérences, c'est-à-dire d'un tissu conjonctif néoformé et non directement par le péritoine.

b) *Envahissement par voie lymphatique.* — Au point de vue anatomique, il n'y a pas de vaisseaux lymphatiques qui relient directement l'utérus à l'ombilic. D'après Quénu, voici la voie suivie: « *Certains lymphatiques de l'utérus suivent le ligament rond...; ils aboutissent soit dans les ganglions inguinaux, soit dans les ganglions crauraux ou iliaques situés sous l'arcade crurale. Or, il existe précisément, parmi les vaisseaux blancs descendant de l'ombilic, des lymphatiques qui vont de l'ombilic aux ganglions inguinaux et aux ganglions iliaques* ». Mais l'auteur reconnaît lui-même que « l'anatomie normale ne nous fournit que des données insuffisantes ». En effet, l'infection serait directe jusqu'aux ganglions, puis serait rétrograde pour arriver à l'ombilic.

c) *Envahissement par voie sanguine.* — Au stade de généralisation, cette voix est possible. Ce serait uniquement le mécanisme des métastases cutanées, d'après Bal-

lerini qui n'admet pour cette localisation que ce mode de propagation.

Enfin, signalons une théorie, qui, si elle n'est rien moins que prouvée, reste intéressante; l'ombilic étant une région où se passe un travail complexe pendant la vie intra-utérine, offrirait un terrain propice au développement des métastases (Blum). Il est un fait, c'est que l'ombilic est une cicatrice et l'on sait qu'une cicatrice est un terrain apte à la transformation et à la prolifération épithéliale.

VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE LA METASTASE OMBILICALE DANS L'EPITHELIOMA DE L'UTERUS

Lors de la généralisation d'un épithélioma utérin, alors que les signes de la tumeur-mère existent au complet, ou à peu près (hémorragies, pertes fétides, douleurs, cachexie), il est évident que la métastase ombilicale perd de son intérêt et, au point de vue symptomatologique, se trouve réléguée au second plan. Et d'ailleurs, à ce moment-là, il est trop tard, en général, pour intervenir.

Il faut donc dépister le cancer au début, car toute intervention pour avoir quelque chance d'être efficace, est liée à ce diagnostic précoce. Or, celui-ci est malaisé au début Les ménorragies peuvent être faibles et passer inaperçues ou même ne pas exister du tout. Les pertes blanches elles-mêmes ne sont pas toujours fétides et la malade ne s'en préoccupe pas. D'autre part, ce n'est souvent qu'à la période ultime, alors que le plexus sacré est envahi et comprimé qu'apparaît la douleur, cette véritable cloche d'alarme, dont on peut dire qu'elle sonne déjà le glas de la malade atteinte d'épithélioma.

Une femme se plaint de vagues malaises, de légères pertes à laquelle elle n'attache aucune importance, et ne

présente aucun symptôme net, précis qui nous fasse penser à quelque chose de malin. Mais cette femme vous signale une tumeur de son ombilic et c'est peut-être sa seule raison d'inquiétude (cas de M. le professeur Estor). Cette tumeur est indurée, ulcérée ou sur le point de s'ulcérer. L'examen clinique vous révèle un cancer ombilical. Est-il primaire, secondaire? Immédiatement un toucher vaginal (une biopsie au besoin), un examen du tube digestif vous renseigneront. Voilà donc une tumeur de l'ombilic qui n'était qu'une manifestation extérieure, que la signature d'un cancer latent, d'autant plus dangereux que rien de précis ne le révélait. Ici, la lésion ombilicale prime les autres symptômes, elle est le « *signal-symptom* » qui vous a dirigé sur la voie du diagnostic, en un mot, elle conserve toute la valeur d'une localisation secondaire à distance, qui dénonce la tumeur maligne, et c'est pourquoi, lorsqu'on le constate, elle est un signe précieux.

D'autre part, la métastase ombilicale n'a pas toujours la même valeur et celle-ci est subordonnée aux constatations cliniques. Après avoir servi d'indication, de signal avertisseur du néoplasme latent, la tumeur cancéreuse ombilicale peut être une contre-indication opératoire. Que si un épithélioma utérin se présente, à la limite de l'opérabilité, formant une masse palpable, dure, bosselée, caractéristique, l'existence du « *signe ombilical* » arrêtera le bistouri, montrant qu'il est déjà trop tard, étant la preuve flagrante que la généralisation a commencé.

Ce n'est pas tout. Entre ces deux cas extrêmes (cancer primaire insoupçonné et cancer avéré) nous citerons le cas de Lejars dans lequel la nature maligne d'une tumeur abdominale, prise pour un fibrome, fut révélée grâce à la localisation secondaire à l'ombilic.

On ne peut pas dire cependant que la métastase ombili-

cale constitue toujours une contre-indication opératoire. Elle peut résumer toute la symptomatologie de l'affection et entraîner le chirurgien à une omphalectomie pour tumeur présumée primitive; ce n'est que par l'examen direct de la cavité abdominale ouverte qu'il se rendra compte de l'existence de la tumeur originale, à moins que celle-ci, étant méconnue, il soit mis tardivement sur la voie du diagnostic par l'évolution même de cette tumeur. Le cas de M. le professeur Estor, qui fait l'objet de notre travail, est le plus bel exemple que l'on puisse citer de l'opérabilité de certaines tumeurs malignes de l'utérus, déjà propagées à l'ombilic, puisque, après ablation en un temps du cancer utérin et de son noyau ombilical, le malade guérit parfaitement et ne succomba à une affection intercurrente qu'au bout d'un an, sans récidive apparente.

Nous allons maintenant donner les quelques observations que nous avons choisies parmi les plus démonstratives, puis nous étudierons l'observation du cas de M. le professeur Estor.

OBSERVATIONS

Observation I

Carcinome général généralisé. Atteinte de l'ombilic
(Storer. Boston méd. and surg. Journal février 1864).

Une femme de 40 ans meurt d'un cancer généralisé (foie, péritoine, intestin, utérus, ovaire). A l'ombilic, elle présente une tumeur du volume de la phalangette du pouce. L'examen démontre qu'il s'agit d'une masse cancéreuse développée dans l'épaisseur du tissu ombilical.

Cancer encéphaloïde.

Observation II

Carcinome de l'ovaire, de l'ombilic et du sternum. (Küster).

Femme âgée de 57 ans, présentant un ventre volumineux, une petite tumeur de l'ombilic et des végétations fongueuses au niveau du sternum.

Diagnostic: tumeur maligne des ovaires, avec lésions secondaires du sternum et de l'ombilic.

Traitement: trois ponctions faites à des intervalles différents, ramènent huit litres, puis onze litres enfin deux litres 500 de liquide foncé. Après la ponction, on peut palper et sentir nettement une tumeur dure et volumineuse.

La malade meurt et, à l'autopsie, on trouve six tumeurs:

l'une adhérente au sternum, une autre située au niveau de l'ombilic entre le péritoine et la peau et quatre abdominales dépendant de l'utérus ou des annexes dont l'une est enclavée dans le petit bassin.

Examen microscopique : dégénérescence carcinomateuse.

Observation III

Cancer de l'utérus. Induration squirrheuse au niveau de l'ombilic.
(Professeur Lorain, in-Catteau.)

Femme atteinte d'un cancer de l'utérus. En même temps, il existait des noyaux indurés dans la paroi abdominale antérieure et l'ombilic, de la dimension d'une grosse aveline, avait pris une véritable dureté squirrheuse. Il existait des ganglions durs et tuméfiés dans le pli de l'aîne et le professeur Lorain, mettant en parallèle la tumeur ombilicale et les tumeurs ganglionnaires comparaît l'ombilic à un véritable ganglion lymphatique. A l'autopsie utérus très dur, présentant à la coupe, du tissu lardacé et sur la paroi abdominale de petites tumeurs arrondies, disséminées le long de cordons durs, dont elles semblaient comme des dilatations. Le péritoine pariétal était atteint par la néoplasie.

Observation IV

Cancer de l'utérus. Epiplocèle ombilicale cancéreuse.
(Nicaise, in Codet, 1883).

A. P..., 56 ans, employée de commerce. Entre le 26 février 1882, salle Chassaignac, lit n° 20.

Antécédents héréditaires : père mort d'une maladie du

foie à 53 ans. Mère morte à 22 ans, suites de couches; un frère bien portant.

Antécédents personnels: quelques accidents strumeux de l'enfance (gommes, glandes au cou, n'ayant d'ailleurs pas suppuré). Aucune fièvre éruptive. Bonne santé habituelle.

Réglée à 14 ans; règles très régulières jusqu'il y a quatre ans.

Deux enfants, l'un mort à 9 mois, l'autre âgé de 28 ans et interné depuis huit ans dans un asile d'aliénés (pour attaques d'épilepsie, dit la malade).

Il y a quatre ans, en mars 1878, la malade fut prise, sans cause appréciable, au moment d'une période cataméniale, d'une métrorrhagie des plus abondantes avec prostration considérable des forces; lipothymies, vertiges, etc. L'hémorragie persista un mois, durant d'une façon continue, puis reparut cinq ou six fois, à intervalles variables, dans les quatre mois qui suivirent, c'est-à-dire jusqu'en septembre 1878.

A dater de ce moment, la malade resta deux ans sans avoir aucun flux utérin, soit normal, soit pathologique. En septembre 1880, réapparition des règles qui persistèrent très régulières comme succession, comme abondance et comme durée jusqu'à il y a cinq ans.

A ce moment, la malade fut prise de nouveau d'une métrorrhagie continue, peu abondante, souvent mélangée de flux leucorrhéique et cet écoulement persiste encore aujourd'hui.

D'autre part, elle nous raconte qu'elle a éprouvé de 1870 à 1873 à intervalles réguliers et sans causes déterminées des crises douloureuses intenses à la faire rouler à terre; les douleurs étaient surtout accusées au niveau de

la région ombilicale. En 1873, elle s'aperçut qu'elle avait une hernie ombilicale, hernie d'abord très petite, puis augmentant graduellement jusqu'à atteindre le volume du poing. Cette hernie était parfaitement souple, parfaitement réductible, et la malade la maintenait tant bien que mal, à l'aide d'une ceinture et d'une pelote ombilicale. Un soir, il y a huit mois, la malade constata qu'à la place de sa hernie existait une tumeur de même volume, mais extrêmement dure et non réductible. Peu après survinrent des nausées, des vomissements muqueux, alimentaires ou bilieux qui se sont répétés à divers intervalles depuis ; notons que jamais ils ne sont devenus fécaloïdes. D'autre part, les selles étaient régulières et normales, bien qu'il existât, et cela depuis longtemps, un peu de constipation. Quelques douleurs abdominales peu intenses d'ailleurs.

Ce sont ces antécédents qui décident la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade fortement constituée, mais très amaigrie, assez névropathique (migraines, émotivité, etc.). Teinte subictérique de la face et des conjonctives. La région ombilicale est occupée par une tumeur ovoïde, à grand diamètre transversal, ayant à peu près le volume d'un œuf d'oie. La cicatrice ombilicale déplissée semble coiffer la partie culminante de la tumeur.

Cette grosseur présente en son sommet, sur l'étendus environ d'une pièce de cinq francs en argent, une coloration rouge vineux, sans qu'il existe de phénomènes inflammatoires.

La masse saillante est parfaitement isolable, ne fait pas corps avec la paroi abdominale, mais adhère à la peau de l'ombilic; elle se déplace très facilement sur les parties profondes, n'est pas réductible et les tentatives de réduction font souffrir la malade. La pression modérée

n'y provoque pas ou que très peu, de douleur et donne la sensation d'un corps fibreux.

A la percussion, matité absolue; l'auscultation combinée avec la pression de la tumeur ne permet pas de constater le déplacement liquido-gazeux.

Quant à ses dimensions exactes, la tumeur mesure 15 centimètres dans le sens tranversal et 9 centimètres et demi dans le sens vertical.

D'autre part, le toucher vaginal fait constater la disparition complète du col et à sa place, on trouve une ulcération infundibuliforme à parois déchiquetées qui permettait de pénétrer largement dans la cavité utérine. En combinant le palper hypogastrique avec le toucher, on trouve au-dessus du pubis, une masse arrondie, assez dure, et par l'espèce de ballottement que l'on établit entre la main appliquée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin, on reconnaît que cette masse fait corps avec l'utérus. Le toucher n'est pas douloureux, mais provoque une abondante hémorragie.

L'exploration du rectum ne fournit que des signes négatifs. Rien au cœur, rien aux poumons.

L'appétit est assez bon, la langue légèrement saburrale; les selles régulières, pas de vomissements depuis quatre ou cinq jours.

Les urines, examinées à plusieurs reprises, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. — Epithélioma du col avec propagation aux annexes de l'utérus. Tumeur cancéreuse de l'ombilic probablement développée aux dépens d'une épiplocèle.

Traitement. — Repos, toniques, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen. Le 2 mars, la malade est prise sans cause appréciable à la visite du matin d'un frisson violent, prolongé, avec claquements de dents, horripilation

et vomissements porracés. L'abdomen légèrement tuméfié, est excessivement douloureux, surtout au niveau de l'hypogastre. Le pouls, petit, bat à 130 pulsations à la minute. Température : 41°2.

En présence de ces symptômes, M. Nicaise diagnostique une péritonite aiguë intercurente et prescrit de la limonade glacée, du lait glacé, du sirop d'éther et l'application de cataplasmes fortement laudanisés sur l'abdomen.

L'état de la malade va s'aggravant dans les jours qui suivent. La péritonite se généralise en semblant suivre une marche ascendante; le ballonnement du ventre est énorme, le facies est grippé, les narines sont pulvérulentes. Quant à la tumeur ombilicale, elle n'a subi aucune modification; la malade rend par l'anus des matières et des gaz. Pas de vomissements fécaloïdes.

Collapsus et mort le 7 mars.

Autopsie. — Faite le 9 mars, trente-six heures après la mort. Rien du côté des organes thoraciques.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate la présence de néoformations ténues, fibrineuses, cédant facilement à la traction et qui agglutinent entre elles, les anses intestinales. Ces fausses membranes deviennent de plus en plus épaisses à mesure que l'on se rapproche du petit bassin, dans lequel on trouve un verre environ de liquide purulent.

Rien du côté du rectum et de la vessie.

L'utérus a complètement disparu, et l'on ne trouve à sa place qu'une longue ulcération à parois putrilagineuses qui s'ouvre en haut et à droite dans la cavité péritonéale, et c'est cette perforation qui a été manifestement le point de départ de la péritonite suraiguë qui a terminé la scène.

L'ovaire, les trompes, ne constituent plus qu'une seule

et même masse dure et bosselée. Il est possible, toutefois de reconnaître l'ovaire droit qui, à la coupe a nettement l'aspect d'un tissu lardacé et dont le râclage fournit une assez grande quantité de suc.

L'uretère droit, compris au niveau du col utérin dans la gangue cancéreuse, est presque complètement obstrué. Aussi, le trouvons-nous, en amont très dilaté, au point d'atteindre le volume du petit doigt. Dilatation énorme du bassinet. Le rein correspondant réduit à l'état de simple coque est distendu par l'urine. Le rein du côté gauche est normal et ne présente qu'une légère hypertrophie.

La tumeur ombilicale est disséquée avec grand soin. La décortication se fait assez facilement, si ce n'est au niveau de la partie culminante de la tumeur, laquelle adhère intimément à la peau de l'ombilic.

Sur le pourtour de la tumeur, il existe une vascularisation des plus marquées. Considéré par sa face péritonéale, l'ombilic présente au niveau de l'anneau, une dépression infundibuliforme dans laquelle s'engage le grand épiploon, se continuant avec la tumeur.

A l'endroit de l'infundibulum, se voient quelques tractus fibrineux, résultat de l'inflammation péritonéale.

Au-dessous de la partie épiploïque herniée se trouve le côlon transverse.

Une coupe antéro-postérieure de la tumeur permet de constater que toute la partie herniée de l'épiploon a subi la transformation cancéreuse. Elle se présente sous l'aspect d'une masse lardacée, parsemée de points jaunâtres, laissant s'écouler par le râclage une grande quantité de suc opalescent. Particularité intéressante: toute la partie de l'épiploon qui est au-delà de l'anneau ombilical est saine, seule la partie herniée s'est transformée en une masse cancéreuse.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait là d'un cancer encéphaloïde.

Observation V

(Professeur Estor, Observation recueillie par le Docteur Aimes).

Mlle C..., 66 ans. Entre à la clinique le 2 juin 1921 pour tumeur de l'ombilic d'apparence maligne et tumeur utérine probablement fibromateuse. Elle nous dit qu'en 1913 (dix ans après la ménopause) apparaissent des pertes rouges très abondantes, avec beaucoup de caillots. Dans l'intervalle de ces pertes rouges, pertes blanches fréquentes et abondantes. Ces pertes continuent cependant toute la durée de la guerre et surtout en 1914. La malade ne souffre pas de coliques utérines, mais de violentes douleurs dans la région sacrée, surtout quand elle expulse de volumineux caillots. En 1914, apparaît une tumeur de l'ombilic dont l'accroissement se fait très lentement. Cette tumeur est recouverte d'abord par une peau normale mais depuis huit mois, l'aspect a changé, la tumeur s'est ramollie et, en même temps que sa consistance, sa couleur a également changé; elle est devenue rouge violette. En même temps, son volume augmente considérablement, puis, elle s'est fistulisée, cette fistulisation donnant issue à un liquide sanieux, noirâtre, extrêmement fétide. Les douleurs abdominales sont devenues très violentes.

L'état général est toujours resté bon, sans amaigrissement, et sans pertes de forces.

Comme traitement, on lui a fait des injections vaginales antiseptiques et de nombreuses piqûres d'ergotine (48).

La malade signale de plus une incontinence d'urine très gênante, qui a d'ailleurs totalement disparu après l'opération.

Examen. — L'ombilic est occupé par une tumeur régulièrement arrondie, dure et très fortement vascularisée,

faisant saillie à l'extérieur et prolongée dans la profondeur par une masse également dure, du volume d'une très grosse noix. Le tout fait absolument corps avec la paroi.

Par le toucher vaginal, on sent un utérus très gros, paraissant régulier dans sa moitié inférieure, mais prolongé en haut sous la forme d'une tumeur considérable, irrégulière et très dure. Cette masse paraît faire corps avec l'utérus, mais le tout se mobilise facilement.

On pense à un fibro-myome utérin.

Intervention (faite par M. le professeur Estor). — On enlève en bloc toute la région ombilicale avec la tumeur, et profondément, un fragment d'épiploon y adhérant. On trouve dans l'abdomen une énorme tumeur très dure ayant l'aspect extérieur et le volume d'un encéphale d'adulte. Cette masse est fixée par un mince pédicule sur un utérus du volume d'un gros poing et présentant en un point de sa surface une tumeur du volume d'une noix analogue à la précédente. Hystérectomie totale.

Suites normales. Disparition de l'incontinence d'urine et des douleurs. La malade, suivie très régulièrement est enchantée de son opération.

Elle succombe à une apoplexie cérébrale fin mai 1922, sans avoir présenté aucun trouble, ni la moindre trace de récidive.

Examen macroscopique. — Trois pièces sont à examiner séparément:

1° *Tumeur ombilicale.* — Elle comprend une masse de paroi abdominale avec au centre la tumeur ombilicale cutanée qui, en coupe, se continue sans changement avec une masse profonde ayant les dimensions d'un œuf de poule, dure, blanche, régulière, et sur laquelle s'implante un long fragment d'épiploon.

2° *Tumeur adhérente à l'utérus.* — Il s'agit d'une masse pédiculée occupant la place de l'ovaire gauche, ayant le volume, la forme, l'aspect extérieur d'un encéphale d'adulte. Il est formé d'une série de petites masses arrondies séparées par des sillons contenant des vaisseaux. Sa consistance est très dure.

A la coupe, crie sous le couteau. Aspect de fibrome.

3° *Utérus.* — Régulièrement arrondi, du volume d'un très gros poing d'adulte, il présente en un point de sa surface un pédicule de la dimension d'un doigt seulement, qui est le pédicule de la tumeur précédemment décrite, et qui se trouve au niveau de la corne utérine gauche. La tumeur fibreuse est donc un fibrome de l'ovaire gauche dont on ne trouve plus trace. L'ovaire droit est normal. Sur le fond de l'utérus, se trouve une petite tumeur arrondie qui est aussi une tumeur fibreuse du volume d'une noix.

Lorsqu'on ouvre l'utérus, sur la ligne médiane, on voit que tout l'intérieur de l'organe est envahi par une masse de végétations extraordinairement exubérantes et très finement découpées. En un point seulement, sur la paroi interne droite de l'utérus, des végétations sont remplacées par une masse compacte de cinq noyaux ayant le volume et la forme d'un gros haricot.

Examen microscopique (pratiqué par nous-même dans le laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut Bouisson-Bertrand, service de M. le professeur Grynfeltt).

Nous avons fait des coupes en quatre endroits différents :

1° Végétations intra-utérines (congélation) ;

2° Tumeur fibreuse de l'ovaire gauche (congélation) ;

3° Tumeur ombilicale (congélation) ;

4° Epiploon (inclusion à la paraffine).

1° *Végétations intra-utérines.* — L'organe est représenté par un stroma formé de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses, présentant en certains points de l'infiltration leucocytaire. Ce stroma envoie quelques travées qui délimitent des alvéoles bourrées d'éléments de type pseudo-glandulaire. Ces pseudo-tubes glandulaires sont constitués, du centre à la périphérie, par :

a) Une lumière qui est quelquefois excessivement réduite ;

b) Par des cellules épithéliales du type cylindrique.

Ces cellules ont abondamment proliféré, elles se tassent très étroitement en réduisant leurs dimensions au profit de leur hauteur, et déterminent parfois des sortes de plicatures, sortes de floccules qui donnent à cet épithélium un aspect particulièrement arborescent. Leurs noyaux, pour la plupart sont très allongés et l'armature chromatique y est assez discrète ; ce sont des noyaux clairs et c'est pourquoi ceux en voie de division indirecte où la chromatine se concentre en segments très colorables, tranchent nettement sur les autres dès le stade de peloton lâche et bien mieux encore pendant la métaphase et l'anaphase de la kariokinèse où les groupements des chromosomes en couronne équatoriale ou en double couronne polaire sont des plus caractéristiques.

En certaines régions, les noyaux des leucocytes, particulièrement nombreux, en migration à travers les masses épithéliales tranchent aussi par l'affinité avec laquelle ils prennent les matières colorantes, sur les noyaux clairs des cellules épithéliomateuses.

Le protoplasma de ces cellules est dense, granuleux, par conséquent, tout à fait différent de celui de l'épithélium de l'utérus normal.

c) Ces bourgeons atypiques, à lumière plus ou moins vo-

lumineuse, sont entourés d'axes conjonctifs excessivement réduits, dont les éléments apparaissent comme étirés en direction parallèle des bourgeons épithéliaux. Ils sont très pauvres en fibres conjonctives et sont abondamment infiltrés d'éléments cellulaires divers, parmi lesquels on relève de très nombreux mononucléaires. Dans les parties profondes, au voisinage du chorion de l'utérus, les plasmocytes deviennent particulièrement nombreux, et il vient s'y mêler quelques éosinophiles.

En résumé, nous avons affaire à une néoplasie d'origine épithéliale cylindrique, tumeur maligne par suite de l'architecture désordonnée et de l'atypie cellulaire que l'on y rencontre : c'est un épithélioma cylindrique.

L'infiltration leucocytaire s'explique par le fait de l'ulcération au niveau des végétations.

2° *Tumeur de l'ovaire gauche.* — Cette tumeur comprend :

a) Une capsule formée de fibres conjonctives alignées parallèlement à la surface et très serrées les unes contre les autres, formant ainsi une couche stratifiée.

b) Au-dessous de cette capsule, une étroite bande, plus claire, formée de tissu conjonctif lâche normal.

c) Au-delà, de nombreux placards plus ou moins étendus et dont les plus importants ont une disparition intérieure tourmentée : c'est le tourbillon classique. Formés par de multiples fibres musculaires lisses, à noyaux fortement colorés, quelques-uns de ces placards sont remarquables par la forme jeune de leurs cellules, sans que l'on puisse y trouver des signes de malignité, ni de dégénérescence.

d) Entre ces îlots de léiomyome, et tout autour d'eux, se trouvent des bandes plus claires formées de masses connectives, constituées par des fibres collagènes avec des noyaux allongés, fusiformes, clairsemés.

e) Dans toute l'étendue de la coupe, on voit de très nombreuses fentes, des lacunes tapissées d'un endothélium: ce sont des vaisseaux.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une tumeur par néoformation de fibres musculaires lisses et de tissu fibreux: c'est un fibro-myome possédant une capsule et particulièrement vascularisé.

3° *Tumeur ombilicale.* — Sur les coupes examinées, on distingue grossièrement: l'épithélium cutané, le chorion, la métastase.

Au niveau des points où la métastase cylindrique entre en contact avec la peau, les rapports réciproques des deux éléments s'opèrent suivant le mode qui suit:

1° Tantôt, la peau corrodée dans son derme s'amincit au contact des masses épithéliomateuses cylindriques qui arrivent à un certain point à perforer complètement l'épithélium. Cette perforation s'opère quelquefois suivant le mode direct, comme si les masses malpighiennes fondaient au contact de l'épithélioma; d'autrefois, ces dernières, sous forme de bourgeons ténus, s'insinuent dans l'épiderme, en direction tangentielle, creusant ainsi des tunnels dont la voûte est formée par la couche cornée et le plancher, par le corps muqueux de Malpighi sous-jacent.

2° Inversement, il est des points où l'épithélium réagit et oppose à l'envahissement de la néoplasie utérine, une prolifération cellulaire des plus remarquables. Il envoie, dans la profondeur, des boyaux cellulaires pleins, largement anastomosés entre eux, formant ainsi un vaste réseau dont les mailles, pénétrées par les bourgeons épithéliomateux métastatiques, s'intriquent très intimément avec ces dernières.

La néoplasie d'origine utérine apparaît, le plus souvent

séparée de l'arborisation malpighienne par des espaces plus ou moins considérables que remplit un tissu conjonctif délicat, abondamment infiltré, comme dans l'utérus, d'éléments lymphocytaires et de plasmocytes. Dans d'autres cas, le contact avec les travées prolifératives de l'épithélium cutané et les masses néoplasiques, au lieu d'être médiat, est intime, et sur les coupes, on trouve, au sein des travées malpighiennes, un bourgeon plus ou moins large, formé par les cellules utérines atypiques, que l'on reconnaît toujours à leur protoplasma plus dense et plus colorable (plus basophile).

Ces travées malpighiennes prolifèrent sous forme de boyaux étroits, anastomosés, dont les prolongements plus ou moins effilochés vont s'égrener dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Par le mode de prolifération et la manière d'être de ces travées, vis-à-vis du tissu conjonctif, cette réaction épithéliale fait songer à certains épithéliomas, simple impression qu'un examen plus détaillé de ces cellules pourrait transformer en certitude. Une étude de ces éléments plus approfondie que celle que nous avons pu faire pourrait seule permettre de trancher la question d'une façon certaine.

En résumé, la tumeur ombilicale est formée par une réaction d'origine cutanée, et par une métastase d'origine utérine.

4° *Epiploon.* — Les coupes montrent des cellules adipeuses normales et de délicates travées conjonctives, sans trace d'infiltration néoplasique. Le seul fait remarquable est une congestion intense (vaisseaux très dilatés et bourrés de globules rouges). Infiltration leucocytaire en quelques points très limités.

DISCUSSION

Cette dernière observation est intéressante à étudier: il s'agit, en somme, d'un ensemble complexe comprenant:

A) Un cancer cylindrique du corps de l'utérus, tumeur primitive.

B) Un fibro-myome de l'ovaire gauche, remarquable par son volume,

C) Une métastase du cancer cylindrique de l'utérus au niveau de l'ombilic.

D) Une prolifération de l'épithélium cutané recouvrant cette métastase.

Quelques particularités sont à mettre en valeur dans cette observation.

1° Nous n'insisterons pas sur la présence d'un fibro-myome de l'ovaire. Encore que ces tumeurs ne soient pas très fréquentes et qu'il soit rare surtout d'en trouver d'aussi volumineuses, le fibro-myome de l'ovaire est ici intéressant à cause de sa coexistence avec les lésions que nous avons déjà signalées. Ce fait ne coïncide pas avec l'opinion classique, telle qu'elle est développée par Forgue et Massabuau au sujet des lésions associées au cancer utérin: « Le cancer du corps peut coexister avec un fibrome utérin... Plus fréquemment la muqueuse utérine qui n'est point envahie par le néoplasme, est le siège de

lésions inflammatoires. Du côté des ovaires on a pu signaler la coexistence de grands kystomes, mais, en général, les ovaires présentent les lésions minimes de la dégénérescence scléro-micro-kystique ».

2° Les fragments d'épiploon adhérents à la tumeur ombilicale ont attiré notre attention et nous les avons longuement étudiés au point de vue histologique. On sait que le grand épiploon est rapidement envahi par les métastases des cancers abdominaux, et nous nous attendions à trouver dans ce fragment des traînées de cellules cylindriques; il n'en fut rien: il s'agissait d'une banale épiploïte adhérente comme on en voit dans tous les processus inflammatoires abdominaux; nous avons dit, en effet, que la tumeur ombilicale était ulcérée et infectée.

3° Très remarquable est la lenteur d'évolution de la tumeur utérine et de sa métastase. Les premiers signes utérins apparaissent en 1913: ce sont les pertes rouges abondantes avec caillots volumineux. Un an après, la malade constate une tumeur à l'ombilic. Or, celle-ci n'a été opérée qu'en juin 1921, et à ce moment, comme on l'a vu, son volume était loin d'être considérable; elle s'était cependant depuis quelques mois, fistulisée et infectée.

4° L'état général de la malade est resté constamment excellent. Quoique jouissant d'une bonne santé et sans la moindre apparence de cachexie, cette femme portait depuis de longues années, un cancer ayant déjà fait des métastases. L'opération, malgré sa gravité indéniable, fut parfaitement supportée. Rappelons qu'elle a été suivie jusqu'à sa mort inopinée et qu'elle a conservé un bon état général, du moins apparent, sinon réel.

5° A signaler l'incontinence d'urine qui était très gênante pour la malade; cette incontinence a totalement disparu après l'opération. Il semble difficile de lui trouver

une cause. Nous nous l'expliquons, et nous ne voyons que cette hypothèse qui soit plausible, probablement par le poids de la grosse tumeur ovarienne qui comprimait la vessie.

6° La survie opératoire n'a été marquée par aucun trouble, aucune récidive et l'état général s'est maintenu parfait. La mort survenue un peu plus d'un an après, a été imputée à une apoplexie cérébrale. Sans vouloir mettre en doute ce diagnostic, il se peut qu'il se soit développé dans les centres nerveux supérieurs, une métastase : ceci n'est qu'une hypothèse, nous ne l'affirmons pas, nous admettons simplement la possibilité d'une métastase cérébrale.

Comment expliquer la survie, alors que le cancer de l'ombilic indique souvent une généralisation? Nous pensons que, seul, le fait déjà signalé de la lenteur d'évolution permet de donner une explication satisfaisante, cette tumeur maligne évoluant, si l'on peut s'exprimer ainsi, avec une certaine bénignité clinique.

7° Comment expliquer la métastase ombilicale? On connaît la richesse du réseau lymphatique en anatomie humaine ; nous avons donné précédemment les diverses voies et le mécanisme de la métastase ombilicale ; nous ne pourrions ici que répéter ce que nous avons déjà dit à ce sujet.

8° Il reste à voir une question passionnante, mais aussi bien ingrate à exposer.

Quelle est la pathogénie de la réaction cutanée vis-à-vis de la métastase ombilicale.

Est-il possible d'admettre une simple coïncidence entre la tumeur métastatique et cette réaction cutanée, l'une ayant évolué comme évoluent d'ordinaire les localisations secondaires cancéreuses, l'autre étant là, pourrait-on dire par hasard et n'ayant aucune relation avec la première? Nous ne le pensons pas. Il y a un *primum movens* à cette réaction de la peau. Mais quel est-il?

Il est bien difficile de répondre à une telle question. On pourrait invoquer pour expliquer la pathogénie de la prolifération cutanée, l'irritation causée par le liquide s'écoulant de l'ulcération. A l'examen des coupes que nous avons faites de la tumeur ombilicale, nous avons remarqué que les points où la prolifération malpighienne était la plus accentuée et atteignait son maximum de développement, étaient précisément ceux où la métastase d'origine utérine s'intriquait intimément avec la néoplasie cutanée. Pour nous, nous pensons que la métastase cylindrique serait la cause de l'essor qu'a pris, au point de vue génération le corps muqueux de Malpighi. Est-ce par irritation mécanique? Nous ne saurions le dire. Est-ce par contamination? Nous n'affirmons pas qu'il y ait un cancer de la peau. Si quelques signes architecturaux ont pu nous inciter à penser ainsi, nous n'avons cependant pas trouvé de modifications cytologiques suffisantes pour le dire. Qu'il y ait réaction de l'épithélium de la peau, à cela il n'y a aucun doute ; mais nous ne pouvons aller plus loin. Peut-être y aurait-il là un cancer à son départ ou du moins un cancer en puissance et, dans ce cas, y aurait-il eu contamination par le germe inconnu apporté par la métastase. Ceci n'est qu'une hypothèse que nous émettons ; c'est, comme on le voit, l'angoissant problème du cancer qui se pose en entier.

TRAITEMENT DES CANCERS SECONDAIRES DE L'OMBILIC

Il est difficile de définir d'une façon précise la conduite à tenir dans un cas de cancer secondaire de l'ombilic. Il faut dire tout d'abord que, souvent, le traitement est précaire, le chirurgien est désarmé devant l'étendue du néoplasme primitif; témoin le cas de Verchère qui fut obligé de refermer la cavité abdominale devant l'énormité des lésions.

Mais dans les cas où le chirurgien devient actif, il doit adapter sa décision aux circonstances cliniques qui commanderont l'acte opératoire. Il faut donc tenir compte:

1° Du développement de la tumeur primitive;

2° De la multiplicité ou de l'unicité métastatique.

3° De l'étendue de la métastase.

4° De l'état général du malade.

Une fois la décision prise, c'est à l'omphalectomie que l'on aura recours, puis, à l'hystérectomie totale, quand elle sera possible. Le cas de Estor, comme celui de Lejars, prouvent qu'on peut opérer quelquefois, mais c'est évidemment l'exception, sauf pour les cas de tumeurs de faible malignité (Estor) ou pour les cas de tumeurs bénignes se transformant en malignes (Lejars).

CONCLUSIONS

I. — La tumeur secondaire de l'ombilic est intéressante à connaître, car elle peut être un signe révélateur d'un cancer profond. Elle a une valeur égale à celle des localisations secondaires à distance (ganglion sus-claviculaire de Troisier, plaque indurée pré-rectale).

II. — En général, la tumeur d'origine vient de l'estomac ou l'intestin (67 pour 100) mais l'utérus ou les ovaires sont à incriminer dans 33 pour 100 des cas.

III. — Son intérêt est qu'elle peut servir à déceler:

a) Une tumeur évoluant lentement;

b) Une tumeur bénigne devenue maligne;

c) Une tumeur latente.

IV. — Le traitement est variable avec l'étendue de la tumeur originelle; souvent rien n'est possible, parfois on peut l'opérer.

V. — Dans l'*observation que nous apportons,* il existait au niveau de la métastase ombilicale une réaction cutanée.

BIBLIOGRAPHIE

Aimes (A.). — Epiploïtes aiguës. *Progrès médical,* 22 novembre 1919.

— Epiploïtes chroniques. *Progrès médical,* 21 février 1920.

Ballerini (G.). — *Annali di obstetricia e gynecologia,* 34, t. II, n° 7, juillet 1912.

Blum. — Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. *Archives générales de médecine,* 1876, vol. II.

Catteau. — *Thèse Paris,* 1876.

Celse. — Des affections de l'ombilic. *Traité de médecine de A.-C. Celse,* trad. 1876, p. 507.

Cheval. — Epithélioma de l'ombilic. *Journal médical de Bruxelles,* t. XVII, n° 15, 11 avril 1912.

Citronblatt (A.-J.). — Adénomes de l'ombilic. *Société de chirurgie de Moscou,* 8 novembre 1911.

Codet de Boisse. — Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. *Thèse Paris,* 1883.

Cullen. — Umbilical tumor containing uterine mucosa or Remnants of Muller's ducts. *Surgery, gynecology and obstetrics, Chicago,* t. XIV, n° 5, mai 1912.

De Quervain. — Diagnostic chirurgical, 1922, p. 426 et s.

Florentin. — *Thèse de Nancy,* 1909.

Forgue et Massabuau. — Gynécologie.

Forgue et Riche. — Des tumeurs de l'ombilic d'origine diverticulaire. *Montpellier médical,* 1907.

Goddard. — *Surgery gynecology and obstetrics, Chicago,* août 1909.

Huguier. — Fibrome de la région ombilicale. *Société des chirurgiens de Paris,* 14 juin 1912.

Kolaczeck. — Beitrage zur Geschwultslehre. *Archiv fur Klinische Chirurgie,* Berlin, 1875, n° 18, p. 343.

— Critique de l'article de Küstner. *Virchows Archiv,* 1877, p. 537.

Küster (Ernest). — *Archiv f. Klinische Chirurgie, Berlin,* 1874, V, XVI.

— *Beitrage zur Gebürtshulfe und Gynækologie,* t. IV, fasc. I, 1875.

Küstner (Otto).— *Virchows Archiv,* 1877, t. LXIX, p. 286.

Lejars. — *Semaine médicale,* 1910, n° 29, p. 340.

Lorain. — Cancer de l'utérus. Induration squirrheuse au niveau de l'ombilic. In Catteau, *loco citato.*

Marduel. — *Dict. de médecine et de chirurgie pratique,* 1877, p. 492.

Negroni. — *Journal de Chirurgie,* 1911, p. 305.

Nicaise. — *Dict. encycl. des s. méd.,* art. ombilic, 1881, p. 177.

— Cancer de l'utérus. Epiplocèle ombilicale cancéreuse. In Codet, *loco citato.*

Ettinger et Marie. — Du cancer secondaire de l'ombilic dans le cancer gastrique. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition,* t. V, n° 6, jnin 1911.

Quénu et Longuet. — *Revue de chirurgie,* 1896, n° 2, p. 97

Schnitzler. — Ueber eine typisch lokalisierte Metastase des Magencarcinoms. *Mittcil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.,* 1908, XIX, 2, p. 205.

Storer. — *Boston med. and surg. journal,* 25 février 1864.

Reclus. — *Traité de chirurgie,* t. IV, p. 20.

Richet. — Sarcome de l'ombilic. *In* Blum. *Archives générales de médecine,* août 1876, p. 164.

Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique,* 1900, t. II, p. 102

Tillmanns (H.). — *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie,* Leipzig, 1883, Bd XVIII, Heft I und II.

Verchère. — Congrès de Bordeaux, 8 août 1895.

Villar (F.). — Tumeurs de l'ombilic. *Thèse de Paris,* 1886.

Wulckow. — Beitrage zur Casuistik der Nabel-Neubildungen. *Berlin. Klinis. Woch.,* 27 septembre 1875. n° 39.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la thèse ayant pour titre:

Du Cancer secondaire de l'Ombilic dans l'Epithélioma de l'Utérus.

Par M. Jean Paulet.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 12 décembre 1922.

Le Professeur,

ESTOR.

Vu :

Montpellier, le 12 décembre 1922.

Le Doyen,

DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 12 décembre 1922.

Le Recteur,

Jules COULET.